


<b>Orthopädie</b> OSS 1130 Wien, Speisinger Str. 109	<b>Patientenanamnese - Kinder</b>	 <b>Orthopädisches Spital Speising</b> Wien
FOR - ISO: 8.2.1 Kommunikation mit den Kunden Version: 14.0 <b>ORT17</b>	Qualitätsmanagement pCC inkl. ISO	

**Bitte fülle das Formular gemeinsam mit einem Elternteil  
oder Erziehungsberechtigten aus!**

**Alle Fragen beziehen sich auf den Patienten selbst!**

Patientenetikette

**1. ALLGEMEINES:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sprache:  Deutsch  andere: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm. Gewicht: \_\_\_\_\_ kg. Lebensalter: \_\_\_\_\_

Hast du Allergien?  Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_

Nimmst du Medikamente?  Nein.  Ja. → Bitte fülle das beiliegende Medikamentenblatt aus!

**2. VORERKRANKUNGEN:**

Seit wann?	Orthopädische Vorerkrankungen	Datum	Orthopädische Voroperationen

Seit wann?	Pädiatrische bzw. internistische Vorerkrankungen	Datum	Sonstige Operationen
			<input type="checkbox"/> Mandeloperation
			<input type="checkbox"/> Blinddarmoperation

**Kinderinfektionskrankheiten:**

Keine.  Feuchtblattern/Varicellen.  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 3. RISIKOERHEBUNG MRE (MULTIRESISTENTE ERREGER)

- Warst du während der letzten 3 Monate stationär in einem Krankenhaus?  Ja.  Nein.
- Wohnst du in einer bettenführenden Langzeiteinrichtung (Pflegewohnheim, Caritasheim, andere Institutionen)?  Ja.  Nein.
- Hast du schlecht heilende chronische Wunden oder Hautdefekte?  Ja.  Nein.
- Leidest du an einer schuppigen Hauterkrankung (z. B. Psoriasis, Neurodermitis)?  Ja.  Nein.
- Wurde bei dir ein multiresistenter Erreger z. B. MRSA, VRE oder MRGN („Krankenhauskeim“) nachgewiesen??  Ja.  Nein.
- Warst du während der letzten 3 Monate im Ausland in stationärer Behandlung bzw. bist du mehr als 3 Monate im Jahr im Ausland?  Ja.  Nein.
- Hast du eine Sonde zur Ernährung oder einen Harnkatheter?  Ja.  Nein.

Eine Frage mit „Ja“ beantwortet → Vorgehensweise siehe [HYG101](#), [HYG102](#) (Ambulanz) bzw. [HYG103](#) (Station)

### 4. FAMILIENANAMNESE:

Hast du Geschwister?  Nein.  Ja. Wie viele? \_\_\_\_\_

Gibt es in deiner Familie **angeborene orthopädische Erkrankungen** (z.B. Hüftdysplasie, Fußdeformitäten, Klein- oder Minderwuchs)?  Nein.  Ja.

Gibt es in deiner Familie **andere angeborene Erkrankungen** (z.B. Stoffwechselerkrankungen, Gerinnungsstörungen, Behinderungen)?  Nein.  Ja.

Wenn ja, **welche?** \_\_\_\_\_

### 5. GEBURTSANAMNESE (Dieser Punkt betrifft Kinder bis zum 12. Lebensjahr):

Ist die Geburt normal verlaufen?  Ja.  Nein.

Wenn **nein**:  Kaiserschnitt  Beckenendlage  Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Größe bei Geburt: \_\_\_\_\_

APGAR (siehe Mutter-Kind-Pass, wenn vorhanden): \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind kurz nach der Geburt künstlich beatmet?  Nein.  Ja.

### 6. ENTWICKLUNGSANAMNESE:

Wurden Hüftultraschalluntersuchungen nach der Geburt durchgeführt?  Nein.  Ja.

Wenn ja,  unauffälliger Befund  auffälliger Befund: \_\_\_\_\_

Wann konntest du frei sitzen? \_\_\_\_\_ Wann konntest du frei gehen? \_\_\_\_\_

Bist Du sportlich aktiv?  Nein.  Ja. Sportarten: \_\_\_\_\_

Verwendest Du orthopädische Hilfsmittel (z.B. Schuheinlagen)?  Nein.  Ja.

Wenn ja, **welche?** \_\_\_\_\_

Hast du Hilfsmittel zur Fortbewegung mitgebracht?  Nein.  Ja.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stützkrücken       | <input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe            |
| <input type="checkbox"/> Gehstock           | <input type="checkbox"/> Mieder, (Stütz-) Korsett        |
| <input type="checkbox"/> Gehwagerl/Rollator | <input type="checkbox"/> Prothese: Wenn ja welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> 4-Punkt-Gehstütze  | <input type="checkbox"/> Orthese: Wenn ja welche: _____  |

→ → → BITTE DIE RÜCKSEITE AUSFÜLLEN! → → →

## 7. SOZIALANAMNESE:

Kindergarten,  Schule oder  Lehre: \_\_\_\_\_

Bei wem lebst du? :  Eltern  Mutter  Vater  Sonstige: \_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigter (bzw. Obsorge):**  Mutter.  Vater.  andere: \_\_\_\_\_

Im Falle einer Obsorge, sind offizielle Dokumente vorhanden?  Ja.  Werden nachgebracht.  Nein.

## 8. FÜR JUGENDLICHE AB DEM 12. LEBENSJAHR AUSZUFÜLLEN:

**Rauchst du?**  Nein.  Ja. Wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

**Trinkst du Alkohol?**  Nie.  Gelegentlich.  Häufiger: \_\_\_\_\_

## 9. ORGANISATORISCHES:

**Mit wem wurde die Anamnese durchgeführt:** \_\_\_\_\_

**Wer ist deine Vertrauensperson?**

Name der Vertrauensperson: \_\_\_\_\_

Telefonnummer der Vertrauensperson: \_\_\_\_\_

Name/Telefonnummer des Dolmetschers: \_\_\_\_\_

## Gerinnungsanamnese:

### 1. ANAMNESE DES KINDES

1. Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?  Ja.  Nein.

2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt „blaue Flecken“ auf, z.B. am Rumpf oder an sonstigen ungewöhnlichen Stellen?  Ja.  Nein.

3. Hat Ihr Kind Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache?  Ja.  Nein.

4. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?  Ja.  Nein.

5. Wenn ja, kam es während oder nach der Operation zu längerem oder verstärktem Nachbluten?  Ja.  Nein.

6. Kam es beim Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?  Ja.  Nein.

7. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten?  Ja.  Nein.

8. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel oder Medikamente gegen Krampfanfälle erhalten?  Ja.  Nein.

9. **NUR, bei jugendlichen Mädchen:** Bei Regelblutung? Ist diese verlängert?  Ja.  Nein.

### 2. ANAMNESE DES VATERS

1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?  Ja.  Nein.

2. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund?  Ja.  Nein.

3. Bluten bei Ihnen Schnittwunden, wie z.B. beim Rasieren, lange nach?  Ja.  Nein.

4. Wurden Sie schon einmal operiert?  Ja.  Nein.

5. Wenn ja, gab es längere oder verstärkte Nachblutungen?  Ja.  Nein.

6. Haben Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten?  Ja.  Nein.

7. Kam es zu längerem oder verstärktem Nachbluten beim Ziehen von Zähnen?  Ja.  Nein.

8. Gibt oder gab es in der Familie Fälle von verstärkter Blutungsneigung?  Ja.  Nein.

### 3. ANAMNESE DER MUTTER

1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?  Ja.  Nein.
2. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund?  Ja.  Nein.
3. Bluten bei Ihnen Schnittwunden, wie z.B. beim Rasieren, lange nach?  Ja.  Nein.
4. Wurden Sie schon einmal operiert?  Ja.  Nein.
5. Wenn ja, gab es längere oder verstärkte Nachblutungen?  Ja.  Nein.
6. Haben Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten?  Ja.  Nein.
7. Kam es zu längerem oder verstärktem Nachbluten beim Ziehen von Zähnen?  Ja.  Nein.
8. Gibt oder gab es in der Familie Fälle von verstärkter Blutungsneigung?  Ja.  Nein.

### 4. ZUSATZFRAGEN AN DIE MUTTER

1. Ist Ihre Regelblutung besonders lang oder auch besonders stark?  Ja.  Nein.
2. Kam es bei Ihnen nach oder während der Geburt eines Kindes zu verstärkten Blutungen?  Ja.  Nein.

**Bei blander Anamnese keine Gerinnung notwendig!!!**

Ersteller: Ahyai Natascha	Freigabe: Wolman Katharina	Gültig ab: 03.03.2021	Gültig bis: 03.03.2024
Druckdatum: 16.03.2021			